

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโดยจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
 - 1.1 ความหมายผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
 - 1.2 ความเป็นมาของการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
2. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก
 - 2.1 ความหมายกระดูกหัก
 - 2.2 การประเมินผู้ป่วยกระดูกหัก
 - 2.3 การรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก
 - 2.4 การวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก
3. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของแซนดี้
 - 3.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของแซนดี้
 - 3.2 บทบาทพยาบาลศัลยกรรมกระดูกของแซนดี้
4. แนวคิดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม
 - 4.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 4.2 แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม
5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ
 - 5.1 ความหมายความพึงพอใจในบริการ
 - 5.2 ปัจจัยและองค์ประกอบของความพึงพอใจในบริการ
6. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน
 - 6.1 ความหมายความพึงพอใจในงาน
 - 6.2 ทฤษฎีความพึงพอใจในงาน
 - 6.3 ปัจจัยและองค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน
 - 6.4 ความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

1.1 ความหมายของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ปัจจุบันโรคทางศัลยกรรมกระดูกจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือ 1) โรคของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น และเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง (Non traumatic orthopaedics) เช่น โรคการติด เชื้อของกระดูก วัณโรคของกระดูกและข้อ โรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ โรคปวดหลัง โรคพิการแต่ กำเนิดและความพิการต่างๆ 2) โรคกระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อแพลง (Traumatic orthopaedics) (วรรณิ สัตยวิวัฒน์และคณะ, 2539)

ออร์โธปิดิกส์ (Orthopaedics) เป็นศัพท์ภาษากรีก 2 คำคือ "Orthos" กับ "Paidios" Orthos แปลว่าตรง Paidios แปลว่าเด็ก เมื่อรวมกันหมายถึงการแก้ไขความพิการของเด็ก

Trauma ในความหมายที่ใช้ทางการแพทย์และการพยาบาลเฉพาะสาขาออร์โธปี ดิกส์ หมายถึง สภาวะที่ถูกคุกคามทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บใน ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ รวมถึงการได้รับการผ่าตัดทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด การ สูญเสียภาพลักษณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมซึ่งเป็นภาวะคุกคามในชีวิต (Santy, 2000)

2.2 ความเป็นมาของการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (วรรณิ สัตยวิวัฒน์และ คณะ, 2539)

การพยาบาลออร์โธปิดิกส์หรือการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้ก่อตั้งโดย Agnes Hunt (1867-1948) ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น Florence Nightingale ของการพยาบาลทาง ออร์โธปิดิกส์ เมื่ออายุได้ 11 ปี มีความพิการเนื่องจากเป็นวัณโรคข้อสะโพก และเมื่อหายแล้วได้ตั้ง โรงเรียนฝึกอาชีพให้กับคนพิการ และได้พิมพ์เอกสารไว้มากเกี่ยวกับการพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์

ออร์โธปิดิกส์ (Orthopaedics) เกิดขึ้นในปี 1741 โดยศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ แอนดรี (Andry) ซึ่งในปัจจุบันการรักษาทางออร์โธปิดิกส์กว้างขึ้นเป็นการรักษาโรคและอุบัติเหตุ ที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น ฟังผืด เส้นประสาทส่วนปลาย และในปี 1595 แพร์ (Pare) ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสได้พบวิธีห้ามเลือดที่เป็นประโยชน์อย่างมากในการตัดแขน ขา และ มีการใส่ขาเทียมในช่วงปี 1741-1788 นอกจากนี้ พ็อต (Pott) ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ได้รักษาผู้ พิการจนได้นำชื่อของท่านมาเรียกเป็นชื่อโรคและกระดูกหัก เช่น วัณโรคกระดูกสันหลัง (Pott's disease) ภาวะอัมพาตเนื่องจากวัณโรคกระดูกสันหลัง (Pott's Paraplegia) และในปี 1834-1891 ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่สำคัญคือ โทมัส (Thomas) ได้ทำ Splint เรียกว่า Thomas splint ซึ่งเป็น อุปกรณ์สำหรับดึงถ่วงน้ำหนักชนิดแขวนลอยอิสระโดยใช้ลูกรอก 2 ระบบ ในปัจจุบันยังใช้ Splint นี้อยู่ ซึ่งนิยมรักษาโดยการไม่ผ่าตัด และในปี 1857-1933 หลานของ Thomas คือ Jones ได้นำ

วิธีการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย และได้สร้างวิชาออร์โธปิดิกส์เป็นสาขาเฉพาะสาขาหนึ่งของการผ่าตัด ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (Orthopaedics surgery) เป็นวิชาที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพ ดังนี้

1) Traumatic-orthopaedics เช่นกระดูกหัก ข้อหลุด ข้อแพลง เอ็นฉีกขาด หรือเส้นประสาทถูกตัดขาด เป็นต้น

2) Non-traumatic orthopaedics เช่น โรคข้ออักเสบ กระดูกอักเสบติดเชื้อ เอ็นอักเสบ ปวดหลัง กระดูกตายขาดเลือดไปเลี้ยง (Septic necrosis) เท้าปุก ข้อสะโพกหลุดแต่กำเนิด (Congenital dislocation of hip)

2. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก

2.1 ภัยอันตรายกระดูกหัก

ภัยอันตรายกระดูกหักมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (Trauma) จากอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะ อุบัติเหตุจากรถ โรงงานอุตสาหกรรม การใช้แรงงานต่างๆ (อภิชัย คงเสรีพงศ์, 2542) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจึงมีความสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ

ภาวะกระดูกหัก (Fracture) หมายถึง ภาวะที่เนื้อกระดูกขาดความต่อเนื่อง และโดยทั่วไปจะหมายถึงผลจากการกระทำของแรง (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539)

กระดูกหัก (Fracture) หมายถึง การที่กระดูกขาดความต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บ (Schoen, 2000)

กระดูกหัก (Fracture) หมายถึง การที่โมเลกุลของเนื้อเยื่อกระดูกขาดออกจากกัน เกิดจากมีแรงมากกระทำที่กระดูก ลักษณะการหักอาจหักจากกันโดยตลอด (Complete fracture) หรือรอยหักไม่ขาดตลอด (Incomplete fracture หรือ Greenstick fracture ซึ่งมักพบในเด็ก) (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546)

1) ชนิดของกระดูกหัก แบ่งออกได้ดังนี้

(1) กระดูกหักแบบเปิด (Open fracture หรือ Compound fracture) คือการหักของกระดูกที่มีบาดแผลที่ผิวหนัง และมีทางติดต่อจากบาดแผลเข้าไปที่กระดูกหัก ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเข้าสู่กระดูกเรียกว่า Osteomyelitis ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญ จึงจำเป็นต้องให้การรักษาย่างฉุกเฉิน แพทย์จะต้องทำการผ่าตัดล้างแผลภายใน 6 ชั่วโมง หลังบาดเจ็บ

(2) กระดูกหักแบบปิด (Closed fracture) การหักของกระดูกที่ไม่มีบาดแผล หรือมีบาดแผลภายนอกเพียงถลอก แต่ไม่มีช่องทางติดต่อกับกระดูกที่หัก

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระดูกหัก คือ (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539; วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546)

(1) ปัจจัยภายนอก หมายถึง แรงที่มากกระทำกับกระดูกมีหน่วยเป็นปอนด์ต่อตารางนิ้วหรือกิโลกรัมต่อตารางเมตร เมื่อมีแรงมากกระทำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของวัตถุ ได้แก่ แรงที่กระทำโดยตรง คือแรงกระแทก (Tapping) ทำให้มีภัยอันตรายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ แรงชนิดนี้กระดูกมักจะหักตามขวาง (Transverse fracture) อีกชนิด คือแรงอัด (Crush) แรงชนิดนี้จะทำให้กระดูกหักเป็นหลายชิ้น (Comminuted fracture) และเนื้อเยื่อโดยรอบได้รับอันตรายมาก นอกจากนี้แรงที่เกิดจากกระสุนปืน (Penetrating) ลักษณะการหักและภัยอันตรายของเนื้อเยื่อจะมีมากมายขึ้นอยู่กับแรงระเบิดที่เกิดจากอัตราความเร็วของกระสุนปืน สำหรับแรงที่กระทำทางอ้อม คือ แรงที่ทำให้กระดูกหักนั้นอยู่ห่างจากตำแหน่งที่มีกระดูกหักเกิดขึ้น ได้แก่ การหกล้ม เอาจม็อยันพื้นจะมีการส่งผ่านของแรงที่กระดูกต้นแขนทำให้กระดูกต้นแขนหักได้

(2) ปัจจัยภายใน หมายถึง การที่กระดูกมีการทำหน้าที่และความแข็งแรงคงทนในตัวเองมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ สมรรถภาพในการดูดซับแรง (Energy absorbing) การยืดหยุ่นของกระดูก (Modulus elasticity) ความแข็งแรงของกระดูกต่อแรงที่มากกระทำซ้ำๆ (Fatigue strength)

3) พยาธิสรีรภาพกระดูกหัก (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539; วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์, 2546)

(1) เมื่อมีแรงมากกระทำที่กระดูกจากทางตรงหรือจากทางอ้อมก็ตามจะทำให้กระดูกหักได้เมื่อมีแรงกระทำนั้นมีมากกว่าความแข็งแรงของกระดูก กระดูกเมื่อหักจะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นได้ตามปกติ ในระยะแรกที่กระดูกหักจะมีอาการชา อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทชั่วคราวประมาณ 2-3 นาที

(2) กล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆกระดูกที่หักจะมีการหดเกร็ง (Spasm) ทำให้เกิดอาการปวดและกดเจ็บ (tenderness)

(3) มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) หลอดเลือดที่เลี้ยงไขกระดูก เนื้อกระดูกแข็ง (cortex) และเนื้อเยื่อรอบๆกระดูกทำให้มีเลือดออกจากส่วนต่างๆที่กล่าวมาและมีอาการบวมบริเวณกระดูกหักเกิดขึ้น สำหรับเลือดที่ออกอาจเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อรอบๆกระดูกที่หักหรือออกมาภายนอกทางบาดแผลในกรณีที่กระดูกหักแบบเปิด (Opened fracture หรือ Compound fracture) เมื่อเลือดหยุดไหลจะเกิดเป็นก้อน เลือดบริเวณรอบๆกระดูกที่หัก ซึ่งเลือดนี้จะเป็นประโยชน์ในกระบวนการซ่อมแซมกระดูกต่อไป (สำหรับกระดูกเชิงกรานหักหรือกระดูกต้นขาหักจะสูญเสียเลือดมากจะส่งผลให้เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดได้)

(4) เมื่อมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบๆกระดูก เยื่อหุ้มกระดูก กระดูกแข็ง และไขกระดูก ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นบริเวณกระดูกหัก ซึ่งระยะการอักเสบจะเป็นขั้นแรกของการซ่อมแซมกระดูกที่หัก (Bone healing) ต่อไป

(5) เส้นประสาท ไชสันหลัง กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ (Tendon) และเอ็นกระดูก (Ligament) เมื่อได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลายจะทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องนั้นทำงานไม่ได้ตามปกติ นอกจากนั้นอาจเกิดความพิการรูปร่างขึ้นอยู่กับกระดูกและแรงที่มากระทำ เช่น แรงโก่ง (Bending force) และแรงดึงของกล้ามเนื้อที่ไม่เท่ากันทำให้กระดูกรูปยาวหักเป็นมุมเกิดขึ้น (Angulation)

(6) กระดูกที่หักบริเวณแขนขาจะมีความยาวสั้นลง เกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแกนยาวของกระดูกทำให้ชิ้นกระดูกแยกกันเมื่อคลำดูอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) ซึ่งเกิดจากปลายชิ้นกระดูกที่หัก (Fragment) มีการเสียดสีกัน

4) การประเมินผู้ป่วยกระดูกหัก (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546; Zychowicz, 2003)

พยาบาลควรให้ความสำคัญถึง การประเมินสุขภาพะ ประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ ดังนี้

(1) การซักประวัติ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการได้รับบาดเจ็บ ความปวดและการบริหารจัดการความปวด บัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความปวด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเคลื่อนไหว นอกจากนั้นยังต้องประเมินความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย

(2) การตรวจร่างกาย ตรวจบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บและตรวจความผิดปกติของระบบอื่นๆ ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อ เส้นรอบวงของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความยาวของแขนขาทั้งสองข้าง ตรวจ reflex ต่างๆ สิ่งสำคัญควรตรวจการไหลเวียนเลือดและการทำงานของเส้นประสาทต่างๆที่เกี่ยวข้องดังตารางที่ 1 (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546) รวมถึงลักษณะของการเกิดบาดแผลร่วมกับกระดูกหัก

ตารางที่ 1 การประเมินการไหลเวียนเลือด การเคลื่อนไหวและความรู้สึกของแขนขาหัก

การประเมิน	ตรวจและการสังเกต
การไหลเวียนเลือด (Circulation)	สี (Color) ผิวหนัง อุณหภูมิ (Temperature) ระยะเวลาที่สีของเล็บกลับเป็นปกติเมื่อกดเล็บแล้วปล่อย (Capillary refill time) ในคนปกติใช้เวลาน้อยกว่า 3 วินาที โดยการกดเล็บจนเป็นสีซีดแล้วปล่อยออก จับเวลาที่เล็บจะกลับเป็นสีชมพูเหมือนเดิม ชีพจร (Pulse) อาการบวม (Swelling)
การเคลื่อนไหว (Motion)	เคลื่อนไหวด้วยตนเอง (Active motion)
ความรู้สึก (Sensory)	ชา (Numbness) ปวดแสบร้อน (Burning) ตอบสนองต่อการสัมผัส (Response to touch)

(4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ ติดตามผลการตรวจต่างๆ ผลการนับเม็ดเลือดขาว ฮีมาโตคริต ภาพถ่ายรังสีปอดและกระดูก ผล EKG และผลการเพาะเลี้ยงเชื้อ สิ่งซับซ้อนหลังจากแผลบริเวณกระดูกหัก

5) อาการและอาการแสดง (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546; Knezevich, 1986; Schoen, 2000) ผู้ป่วยกระดูกหักจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

(1) ปวดและกดเจ็บบริเวณที่หัก และจะปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่กระดูกหักเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่กระดูกอยู่ก่อนแล้ว (Pathological fracture) อาการปวดจะมีอยู่ก่อนกระดูกหักได้

(2) สูญเสียหน้าที่ (Loss function) บริเวณที่หักจะทำงานไม่ได้ตามปกติ เช่น กระดูกขาหักจะเดินไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยปวดและกระดูกหักแยกจากกัน

(3) ผิดรูป (Deformity) เมื่อกระดูกหักรูปร่างของกระดูกจะเปลี่ยนไป เช่น ขาสั้น ขาบิดหมุนผิดปกติ กระดูกโค้งงอซ้อนเกยกัน บริเวณที่หักบวมมากและฟกช้ำ เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออก

(4) การเคลื่อนไหวผิดปกติและมีเสียงเกิดจากปลายกระดูกเสียดสีกัน (False movement and crepitation)

(5) มีแผลบริเวณผิวหนังจากกระดูกหักจากภายในมาสู่ภายนอก (Inside out) หรือจากภายนอกเข้าสู่ภายใน (Outside in) เช่น จากกระดูกปืนที่ทำให้กระดูกแตกหัก ซึ่งเป็นลักษณะของกระดูกหักแบบเปิด (Compound fracture) ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กระดูก

6) ภาวะแทรกซ้อนของกระดูกหัก (วิรุพท์ เหล่าภัทรเกษม, 2539; บุญสิน บุรณะพานิชยกิจ, 2547) เกิดขึ้นในระยะต่างๆดังนี้

(1) ภาวะแทรกซ้อนขณะบาดเจ็บ ได้แก่ 1) ช็อกจากการเสียเลือด ในผู้ป่วยกระดูกหักจะมีการเสียเลือดทั้งที่เห็นจากภายนอกและเลือดออกอยู่ภายในมองไม่เห็น ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่กระดูกต้นขาหักแบบปิด (Closed Femoral fracture) จะสูญเสียเลือดประมาณ 2-3 ลิตรซึ่งในผู้ใหญ่ถ้าเสียเลือด 1-2 ลิตรอาจเกิดช็อกได้ 2) การบาดเจ็บบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ อวัยวะภายในช่องท้อง ช่องอก อุ้งเชิงกราน 3) ไขสันหลังบาดเจ็บ (Spinal cord injury) จากการที่กระดูกสันหลังหักไปกดทับเส้นประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บบางส่วน (Incomplete lesion) สมบูรณ์หรือเต็มส่วน (Complete lesion) ทำให้ไขสันหลังไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานเหมือนเดิมได้ ทำให้เกิดอัมพาต

(2) ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก ได้แก่ ช็อกอักเสบติดเชื้อ ปอดอักเสบ ภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment syndrome) ภาวะก้อนไขมันอุดตันหลอดเลือด (Fat embolism)

(3) ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง ได้แก่ ช็อคติดเชื้อ ข้อเสื่อม ข้อหลุด กระดูกติดช้า กระดูกติดผิดรูป กระดูกไม่ติด กระดูกพรุน (Disused osteoporosis) กระดูกอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง กล้ามเนื้อลีบ (Atrophy) การหดรั้งของเนื้อเยื่ออ่อน (Contracture) แคลเซียมจับที่กล้ามเนื้อ (Myositis ossificans) นิ้วที่โต และปัญหาทางจิตใจ

(4) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูก ได้แก่ การเกิดลิ่มในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) ภาวะลิ่มอุดตันหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary embolism)

2.3 การรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก (ไพรัช ประสงค์จีน, 2541; วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, 2546)

1) การจัดกระดูกให้เข้าที่ (Reduction) คือการรักษาโดยที่ไม่อาศัยการผ่าตัด (Closed reduction หรือ Manipulation) ได้แก่ การดัดด้วยมือ การดัดถ่วงน้ำหนักและการดัดให้เข้าที่โดยการผ่าตัด (Closed reduction)

2) การทำให้อวัยวะอยู่นิ่ง (Retention หรือ immobilization) คือ การยึดตรึงภายในตรงบริเวณกระดูกหัก (Open reduction with Internal fixation) โดยการผ่าตัดใส่โลหะ เช่น เพลท (Plate) สกรูว์ (Screw) แกนโลหะ (Nail) ลวด (Wire) และการยึดตรึงภายนอก

(External fixation) ได้แก่การเข้าเฝือกปูน การใช้เครื่องมือตรึงภายนอก (External fixator) ซึ่งใช้กับผู้ป่วยที่กระดูกหักแบบมีแผล (Compound fracture)

3) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อรักษาความแข็งแรง และความคงทนของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหวเหมือนเดิม ช่วยเร่งกระดูกติดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพควรเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ และข้อ ดังนี้

(1) Isometric exercise หมายถึง การทำให้เกิดกล้ามเนื้อหดเกร็งโดยที่กล้ามเนื้อไม่ยืดขยายออก ดังนั้นจึงไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ จะมีเพียงการเพิ่มแรงขึ้นในใยกล้ามเนื้อเท่านั้น เช่น การทำ Quadriceps setting exercise

(2) Isotonic exercise หมายถึง การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยมีการเคลื่อนไหวของข้อ และในขณะเดียวกันยังคงมีแรงดันที่ใยกล้ามเนื้อด้วย

2.4 การวินิจฉัยการพยาบาล (มารยาท ณนศร, 2541; วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2546; Roberts, 2001)

การวินิจฉัยการพยาบาลจะครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยที่แพทย์ให้การรักษาระดุกหักด้วยวิธี การเข้า traction การเข้าเฝือก และการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน (Internal fixation) ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยภายหลังการประเมินสุขภาพะ มีดังนี้ 1) ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย 2) ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้า Traction เข้าเฝือกปูนเนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อผลทางการรักษา 5) มีความกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดในการผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในกระดูกหัก 8) ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเนื่องจากขาดความรู้

3. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของแขนด้

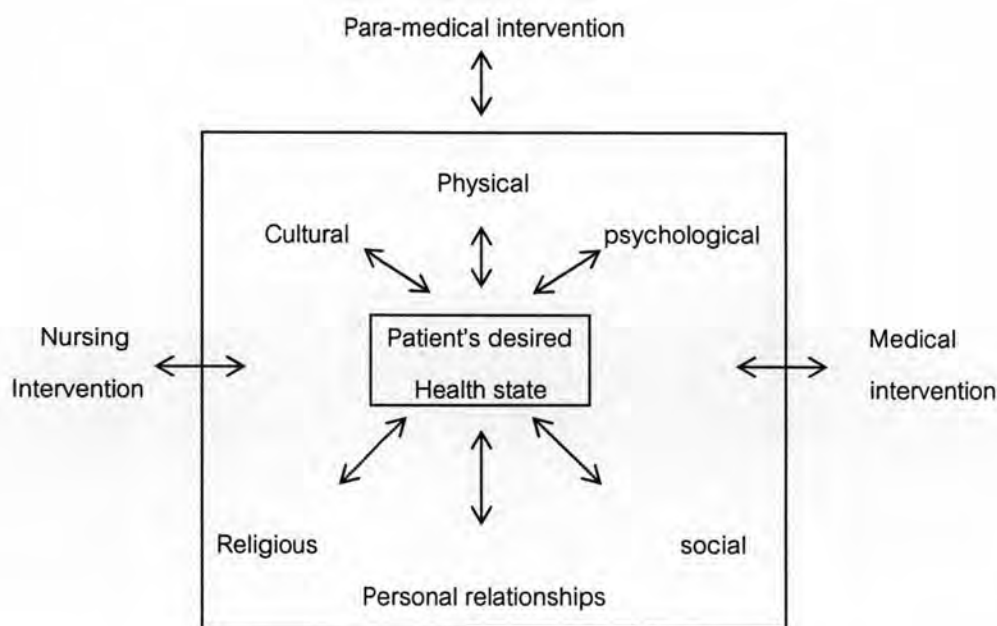
3.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของแขนด้

แขนด้ ได้กล่าวถึงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นการออกแบบเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกด้านการเคลื่อนไหว (Balcombe, 1994 อ้างถึงใน Santy, 2005) ซึ่งการเคลื่อนไหวเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์ จุดมุ่งหมายของการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย สามารถประกอบอาชีพและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตลอดจนช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาจากการเคลื่อนไหวเป็นผลเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการบาดเจ็บ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาท

หลายด้านได้แก่ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย (Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมนั้น พยาบาลศัลยกรรมกระดูกควรมีความรู้ด้านการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่มีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ นอกจากนี้ Balcombe (1994 อ้างถึงใน Santy, 2005) ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลดังรูปที่ 1 ที่ได้อธิบายความเกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆ เพื่อสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ออกมาให้เห็นชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งในด้านการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์

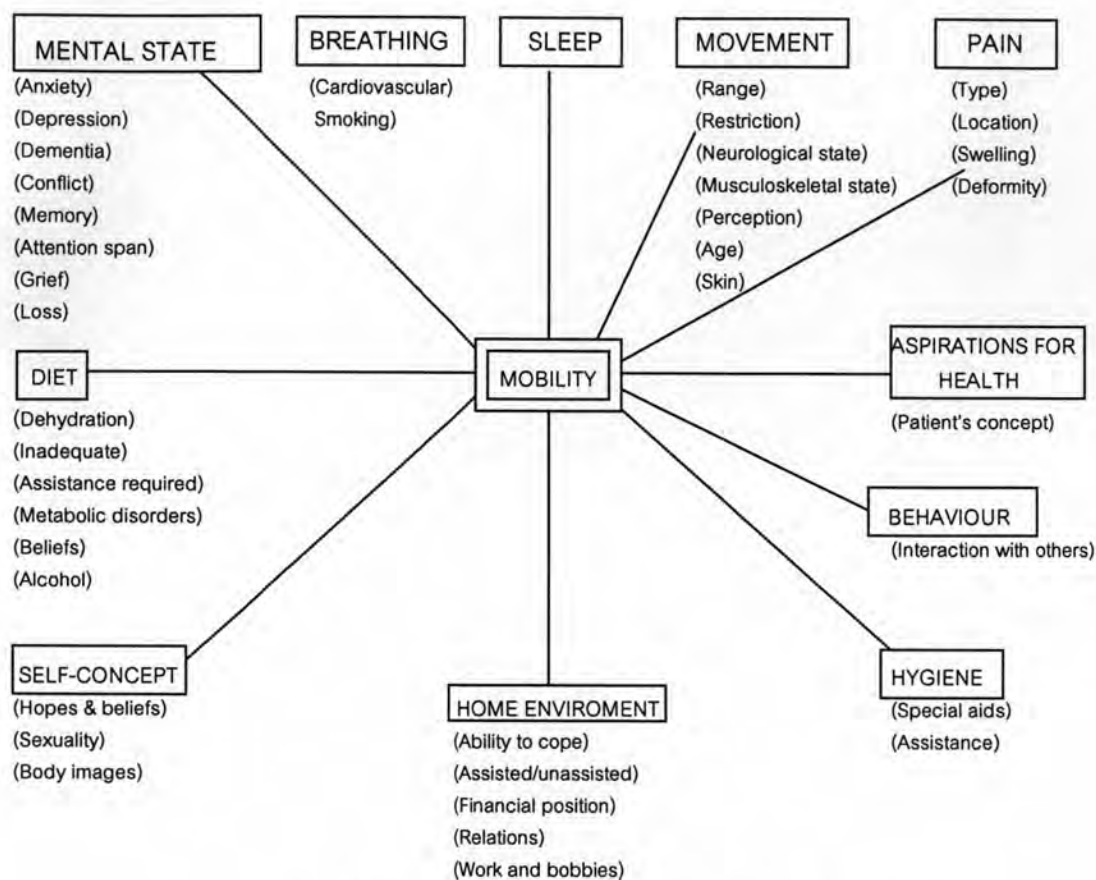
สำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เน้นถึงการเคลื่อนไหว ซึ่ง Balcombe (1994 อ้างถึงใน Santy, 2005) ได้เสนอ Chart สำหรับการประเมินไว้ดังรูปที่ 2 คือ ความเกี่ยวพันของระบบต่างๆในร่างกายที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความไม่สามารถเคลื่อนไหว ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบการขับถ่าย ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ความปวด การพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม โดยในขั้นตอนแรกของการประเมินคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และครอบคลุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยควรประเมินตามรูปที่ 1 ด้วย เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปที่ 1: A Model for orthopaedic nursing practice



(ที่มา: Balcombe, 1994 in Santy, 2005)

รูปที่ 2 : Assessment considerations



(ที่มา: Balcombe, 1994 in Santy, 2005)

3.2 บทบาทพยาบาลศัลยกรรมกระดูกของแกนติ

แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของแกนติได้ถูกรวบรวมและพัฒนาตั้งแต่ในปี 2000, 2001 และ 2005 ตามลำดับ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ดังนี้

Santy (2000) ได้ศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกในการเข้าร่วมกับพยาบาลอุบัติเหตุโดยได้มีการรวมตัวในกลุ่มสมาคมของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีปัญหาทางศัลยกรรมกระดูกร่วมด้วย

Santy (2001) และ Santy (2005) ได้ศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การวิธีการสัมภาษณ์และการจัดสนทนากลุ่มของพยาบาลศัลยกรรมกระดูก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก มีบทบาทลักษณะกลมกลืน สอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การดูแลความสุุขสบาย การสอน การจัดสิ่งแวดล้อม และการรักษาทางเลือกอื่นๆ คล้ายกับทฤษฎีของรอย ที่ว่าผู้ป่วยมีความ

เฉพาะในด้านความต้องการ ซึ่งต้องอาศัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สรุปได้ดังนี้

1) บทบาทผู้ช่วยเหลือ (Partner) หมายถึง การที่พยาบาลได้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจโดยใช้สัมพันธภาพกับผู้ป่วยในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่น พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

2) บทบาทผู้แนะนำ (Guide) หมายถึง การที่พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ทักษะการจูงใจของการเป็นผู้ฝึกสอน และให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจทำตามคำแนะนำของพยาบาล

3) บทบาทการเป็นผู้ส่งเสริมความสบาย (Comfort – enhancer) หมายถึง การที่พยาบาลได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางด้านสุขอนามัยซึ่งเป็นการต้องการขั้นพื้นฐานได้แก่ การได้รับน้ำ อาหาร ความสะอาดของผิวหนัง การขับถ่าย รวมถึงท่าทางการเคลื่อนไหว และการได้รับความสบายด้านการบรรเทาความปวด

4) บทบาทผู้ประสานงาน (Mediator) หมายถึง การที่พยาบาลเป็นผู้ประสานและพิทักษ์ประโยชน์ในการเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงครอบครัว/ญาติ

5) บทบาทผู้จัดการความเสี่ยง (Risk manager) หมายถึง การที่พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทเด่นชัดในการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดอาจเกิดจากการถูกจำกัด การเคลื่อนไหว การผ่าตัดทั้งระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การบาดเจ็บ ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินปัญหาความเสี่ยง มีการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้ให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

6) บทบาทผู้ชำนาญทางเทคนิค (Technician) หมายถึง การที่พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนทางด้านการรักษา และการทำผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆ โดยมีการปฏิบัติทางเทคนิค รวมถึง การจัดการการดึงถ่วงน้ำหนัก เฝือก และอุปกรณ์ เครื่องมือทางออร์โธปิดิกส์และในการดูแลผู้ป่วยภายหลังถูกจัดกระดูก การผ่าตัดและการใส่กายอุปกรณ์เสริม

จากบทบาทของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกที่ Santy (2001) และ Santy (2005) ได้ศึกษาไว้สรุปได้ว่าพยาบาลศัลยกรรมกระดูกเป็นผู้ที่มีบทบาทเด่นชัดในด้านการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา สอน แนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย บรรเทาความปวด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระบบกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องนอกจากนั้นยังเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการติดต่อประสานทั้งใน

ที่มีสุขภาพและครอบครัว/ญาติ ตลอดจนการใช้เทคนิคทางด้านการดูแลการทำหัตถการและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยพ้นหายจากการเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองได้

นอกจากนี้ Santy et al. (2005) ได้ศึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญใน RCN (The Royal College of Nursing Society of Orthopaedics and Trauma Nursing) เป็นโครงการพัฒนารอบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลศัลยกรรมกระดูก และอุบัติเหตุ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทำให้เกิดการพัฒนากฎปฏิบัติ วัตถุประสงค์ของโครงการในแต่ละระยะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุในการพัฒนาสมรรถนะทุกขั้นตอน เพื่อให้แน่ใจได้ว่าพัฒนาสมรรถนะหลักมาจากพื้นฐานความเชื่อคุณค่าของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุเป็นหลัก พยาบาลอุบัติเหตุได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสมาคมพยาบาลศัลยกรรมกระดูกในปี 2000 (Santy, 2000) ดังนั้นจึงได้พัฒนาสมรรถนะขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเกิดบาดเจ็บของกล้ามเนื้อกระดูก และข้อ และการฟื้นฟูสภาพทั้งในโรงพยาบาลและบริการปฐมภูมิสำหรับกรอบแนวคิดมุ่งเน้นเฉพาะที่การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และการบาดเจ็บ ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ

การเคลื่อนไหว/ความสามารถ/ความเป็นอิสระ (Mobility/disability/independence)	สภาวะของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทางศัลยกรรมกระดูก และอุบัติเหตุ (Musculo-skeletal conditions, surgery and injury)	
	ผู้ประสานงาน (Co-ordinator)	การดูแลต่อเนื่อง (The continuum of care)
	ผู้ส่งเสริมความสะดวกสบาย (Comfort enhancer)	
	เป็นหุ้นส่วน/ ผู้ชี้แนะ (Partner/guide)	
	ผู้จัดการความเสี่ยง (Risk manager)	
ผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technician)		
ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต (From birth to death)		
จากพื้นฐานเฉพาะสาขาออร์โธปิดิกส์และความรู้ งานวิจัยและการศึกษา A foundation of specialist and generic knowledge, research and education		

(ที่มา: Santy, et al. in Royal College of Nursing, 2005)

บทบาทหลักสำหรับพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ (Santy et al., 2005)

มี 5 ประเด็น คือ

1. ผู้ประสานงาน (Co-ordinator) มีดังนี้

1) ประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องในทุกๆระยะของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บรวมทั้งประเมินเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และบันทึกผลการประเมิน

2) วางแผนการดูแลและประเมินซ้ำแก่ผู้ป่วยในทุกๆระยะ

3) วางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพและบริหารจัดการจำหน่ายหรือการส่งต่อรวมทั้งจัดหาล้างสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนหลังกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม

4) ประสานการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบทั้งหมด และมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนการจำหน่าย/ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้ส่งเสริมความสบาย (Comfort enhancer) มีดังนี้

1) ให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขอนามัยและความสบายของผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ โดยให้คำนึงถึงวัฒนธรรมและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมถึงการใช้กลยุทธ์หรือทางเลือกอื่นๆในการบำบัดทางการพยาบาล ได้อย่างเหมาะสมและเชี่ยวชาญ

2) ประเมิน วางแผนและเฝ้าระวังระดับความปวดของผู้ป่วย ทั้งปวดเรื้อรังและปวดเฉียบพลัน มีความเข้าใจความปวดที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อ กระดูก และให้ยาบรรเทาปวดตามใบสั่งแพทย์และอธิบายความจำเป็นในการให้ยา รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดที่ซับซ้อนและสามารถบริหารจัดการตามความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรมหรือทางเลือกอื่นๆในการบรรเทาปวดที่ไม่ซับซ้อน หรือการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ทีมบรรเทาปวด ในรายที่ซับซ้อน

3. เป็นหุ้นส่วน/ ผู้ชี้แนะ (Partner/guide) มีดังนี้

1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ความรู้ด้านกายภาพ สรีรวิทยา ภาวะความเจ็บป่วย การผ่าตัด และการบาดเจ็บ เพื่อให้ข้อมูลในรายละเอียดถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยสอดคล้องกับความต้องการ หรือปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสมรวมทั้งบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง

2) ให้คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้านโดยสอดคล้องกับการบาดเจ็บ การผ่าตัด และภาวะของผู้ป่วยอย่างละเอียด

3) สนับสนุนส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดจากการบาดเจ็บหรือภาวะอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

4) สนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวตามแผนการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

5) วางแผนการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งกำหนดข้อจำกัดการเคลื่อนไหวตามสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีม

6) มีส่วนร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการเลือกใช้ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

7) ประเมินปัญหาด้านจิตใจที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสม

8) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยทั้งด้านศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ รวมทั้งสภาวะทางจิตวิทยาผู้ป่วยและรายงานส่งให้วิชาชีพอื่นร่วมดูแลอย่างเหมาะสม

9) ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านกล้ามเนื้อ กระดูกแก่ชุมชนที่เกี่ยวข้อง

10) ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ

4 ผู้จัดการความเสี่ยง (Risk manager) มีดังนี้

1) ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะแทรกซ้อนและรายงาน ส่งต่อกับบุคลากรในทีมได้เหมาะสม ที่สำคัญ คือ ภาวะก้อนไขมันอุดตันในหลอดเลือดและในปอด ภาวะอุดตันของหลอดเลือด ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ภาวะติดเชื้อในปอดและทางเดินปัสสาวะ ภาวะกดทับของเส้นประสาทและเส้นเลือด ภาวะติดเชื้อที่กระดูก ภาวะติดเชื้อของแผล ภาวะแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่อุปกรณ์ตามกระดูก/เข้าเฝือก

2) ปฏิบัติตามมาตรฐานโดยให้การดูแลอย่างเหมาะสมในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งโดยปฏิบัติตามคู่มือ ระเบียบปฏิบัติในการป้องกันการบาดเจ็บต่อตนเอง ผู้ป่วยและผู้อื่น

3) ให้การดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โดยใช้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากมาตรการที่ซับซ้อนและมีหลักฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นและส่งต่อแก่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม

5 ผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technician) มีดังนี้

1) ด้านการดูแลผู้ป่วยเข้าเฝือกและอุปกรณ์พยุงร่างกาย

(1) ให้การเข้าเฝือกและอุปกรณ์พยุงร่างกาย (Casts appliances and/or braces) ถอดเฝือก แยกตัดหรือตัดเฝือก และการเลือกใช้อุปกรณ์พยุงร่างกายได้อย่างปลอดภัย

(2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเข้าเฝือกและอุปกรณ์พยุงร่างกาย (Casts appliances and/or braces)

(3) เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเฝือกและส่งต่อกับทีมสุขภาพเพื่อคำแนะนำที่เหมาะสม

(4) ประเมิน วางแผน ให้การพยาบาลและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่เข้าเฝือกและใส่อุปกรณ์พยุงร่างกาย (Casts appliances and/or braces) ได้ถูกต้องเหมาะสม

2) ด้านการดูแลผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักและการใช้อุปกรณ์ Traction

(1) ประเมินสภาพ วางแผนให้การดูแล และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนัก และใช้ใส่อุปกรณ์ Traction ได้อย่างเหมาะสมโดยใช้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

(2) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากดึงถ่วงน้ำหนัก (Traction)

(3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อเหล็กได้ตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ โดยมีการประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่บริเวณท่อเหล็ก (pin site) และ ส่งต่อบุคลากรในทีมสุขภาพที่เหมาะสม

3) ด้านการดูแลผู้ป่วยขณะยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixators)

(1) ประเมินสภาพ วางแผนให้การดูแล และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยขณะยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixators) ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยใช้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

(2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixators) รวมถึงการสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถฝึกปฏิบัติการดูแล pin site ได้อย่างถูกต้อง

(3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ External fixators pin site ได้ตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่วางไว้โดยมีการประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ pin site และ ส่งต่อบุคลากรในทีมสุขภาพที่เหมาะสม

จากบทบาทของพยาบาลศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของ Santy et al. (2005) ได้พัฒนาขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี 2000 และ 2001 โดยเฉพาะในด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและอุบัติเหตุ สรุปได้ว่า พยาบาลศัลยกรรมกระดูกมีบทบาทที่สำคัญ คือบทบาทของผู้ประสานงาน ผู้ส่งเสริมความสบาย การเป็นหุ้นส่วน/ผู้ชี้แนะ ผู้จัดการความเสี่ยงและบทบาท

บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ที่มีความเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในเรื่องของความ สุขสบาย การบรรเทาความปวด ด้านการดูแลความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล การให้การสนับสนุน การชี้แนะ ให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดำรงชีวิตตามศักยภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเกิดความพึงพอใจ

4. แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management)

4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมได้มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมาย ดังนี้

สมยศ นาวิการ (2545) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการของการให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของผู้ใต้บังคับบัญชาในการแก้ปัญหาที่สำคัญโดยผู้บริหารมอบอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจน

นิรัชรา ก่อกุลดิลก (2547) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ปรีกษาหารือ อภิปราย และค้นหาแนวทางที่สร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร

สุวพีร์ จันทรเจษฎา (2547) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชากระจายอำนาจ ในการตัดสินใจ โดยให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ให้อิสระในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้ใต้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ในการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจด้วยความเต็มใจและพอใจในการทำงาน

Robbins (1998) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ในการตั้งวัตถุประสงค์และวางแผนที่จะทำงานให้สำเร็จซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาทำให้มีอิสระในการทำงาน การริเริ่มสร้างสรรค์ การร่วมแสดงความคิดเห็น มีกระบวนการตัดสินใจภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน

Swansburg (2002) ให้ความหมายว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม เป็นการกระจายอำนาจจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่ผู้ปฏิบัติระดับรองลงมาจนถึงทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงาน

นั้นๆ เป็นการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการมอบอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติในระดับรองลงมาอย่างแท้จริง ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติจะต้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาบทบาทหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบและยอมรับในบทบาทนั้น ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติมีสำนึกรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารได้เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาการตัดสินใจ โดยการกระจายอำนาจและมอบอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีอิสระในการปฏิบัติงานเกิดความรับผิดชอบและพึงพอใจในงานที่ทำ

4.2 แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม

สมัยศ นาวิกการ (2545) ได้ให้แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นเทคนิคการบริหารอย่างหนึ่งที่จะทำให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการใช้ศักยภาพของตนเองแสดงความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาตัดสินใจและมีอิสระในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของงานและบรรลุเป้าหมายขององค์กร

Sashkin (1984) ได้ให้แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยแสดงบทบาทหน้าที่ไว้ 4 ประการคือ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Setting goals) 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Making decisions) 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Solving problems) 4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงองค์กร (Making change in organization)

Swansburg (2002) ได้ให้แนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจจากผู้บริหารสูงลงสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ โดยมอบอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติในระดับรองลงมาอย่างแท้จริง ซึ่งในองค์กรพยาบาลเช่นเดียวกับองค์กรอื่นๆมีการมอบหมายงานที่ให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้จัดการระดับต้นที่ได้รับมอบอำนาจการตัดสินใจจะต้องติดต่อประสานและแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้จัดการระดับต้นไม่จำเป็นต้องเป็นหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าหน่วยงาน แต่ต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารประสานงานกับหน่วยต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหา ส่งผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะของการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีดังนี้

1) ความเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) เป็นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมที่มีหลักการสำคัญอยู่บนพื้นฐานปรัชญาของความไว้วางใจ (Trust) กล่าวคือ ความไว้วางใจที่ว่าผู้ปฏิบัติจะสามารถทำงานได้อย่างเสร็จสมบูรณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม และมอบอำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติอย่างเต็มที่ เพื่อให้เขาสามารถควบคุมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาล

วิชาชีพส่วนใหญ่ต้องการที่จะมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของตนอย่างเต็มที่ ผู้บังคับบัญชาควรสนับสนุน และสอนพยาบาลผู้ปฏิบัติให้เรียนรู้วิธีการควบคุมงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดทำแผนงาน การจัดลำดับความสำคัญของงาน และกำหนดเป้าหมายระยะเวลาของแต่ละงาน การวางแผนที่ดีจะต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันได้ ผู้บังคับบัญชาที่สามารถแสดงออกถึงความเชื่อถือไว้วางใจจะเป็นพลังกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ สรุปความไว้วางใจถือหลักพื้นฐาน 3 ประการในการสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจภายในหน่วยงาน ดังที่บริษัทโมโตโลล่านำไปใช้ คือ (1) ผู้ปฏิบัติทุกคนเป็นผู้รู้งานของตนมากกว่าคนอื่น (2) บุคลากรทุกคนมีความรับผิดชอบในการบริหารจัดการงานในหน้าที่รับผิดชอบของตน ถ้าหากมีการมอบหมายความรับผิดชอบให้เหมาะสม (3) สถิติปัญญา ความคิดฝัน และความคิดสร้างสรรค์ มีอยู่ในบุคลากรทุกระดับในองค์กร

2) ความมุ่งมั่น (Commitment) บุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการบริหารงานบริการพยาบาล จะต้องมีความมุ่งมั่นจากหัวหน้าพยาบาลและ ผู้จัดการพยาบาลทุกระดับที่แสดงออกให้ผู้ปฏิบัติเห็นเป็นแบบอย่าง ผู้บังคับบัญชาที่มีความมุ่งมั่นจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน เปรียบได้กับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดจากการได้รับรู้ถึงเป้าหมายขององค์กร ในการดูแลผู้ป่วย และด้วยเป้าหมายเดียวกันนั้นที่หัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องดำเนินการให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรับรู้และปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในงาน เป็นการจูงใจประจักษ์ให้ผู้ปฏิบัติได้เข้ามามีส่วนร่วมและปรับตัวเข้าสู่เป้าหมายเดียวกันอย่างมุ่งมั่น ความมุ่งมั่นจะเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ปฏิบัติขยันขันแข็ง สร้างผลงานให้โดดเด่นและเป็นการจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ที่จะส่งผลให้มีความตระหนักในคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น จะเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และรับรู้ว่สิ่งเหล่านั้นเกิดจากการบริหารจัดการที่ดีทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภูมิใจ และทำสิ่งที่มีคุณค่าแก่องค์กร

3) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and Objectives) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งของการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งกระทำได้โดยการวางแผนร่วมกัน การแก้ปัญหาาร่วมกันและการสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงาน เป้าหมายสำคัญขององค์กรพยาบาล คือการเป็นองค์กรที่เข้มแข็งการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมจะช่วยกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี และอาจทำให้ได้ใช้ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ กิจกรรมการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ควรทำอย่างสม่ำเสมอและมีการทบทวนการปฏิบัติและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างมีเหตุผล ซึ่งผู้ปฏิบัติงานก็จะนำเป้าหมายและวัตถุประสงค์ไปประชุมปรึกษากับผู้บริหาร ในขั้นตอนนี้ต้องกระทำร่วมกันทั้งสองฝ่ายเพื่อวางแผนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ท้าทาย ชัดเจนและสอดคล้องกัน

4) ความมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) อิสระในวิชาชีพ หมายถึง ภาวะที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความรับผิดชอบ มีอำนาจหน้าที่และขอบเขตรับผิดชอบทั้งในการปฏิบัติงานและในเวลาส่วนตัว ผู้ปฏิบัติต้องการมีอิสระในการปฏิบัติงานและการตัดสินใจในงานที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่ต้องมีการตัดสินใจที่เป็นการสั่งการมาจากผู้บริหาร แต่ต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน การรับฟังความคิดเห็น ในฐานะผู้ร่วมงาน ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพต้องการได้รับอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพต้องการอิสระในการควบคุมการปฏิบัติงานของตนทั้งในการตัดสินใจกำหนดช่วงเวลาและเนื้อหาที่จะปฏิบัติ ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำอยู่เป็นประจำในการจัดการประสานงาน การจัดการกับการขัดแย้งจะบรรเทาลงได้หากมอบหมายให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมและยินดีที่จะรับผิดชอบในบทบาทที่ได้รับ

5) คุณลักษณะอื่น (Other Characteristics) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะของการรวมกลุ่มกันอย่างสมัครใจจากบรรยากาศองค์กร ซึ่งขึ้นอยู่กับหลักการบริหารงานของผู้บริหารที่จะสามารถจูงใจพยาบาลวิชาชีพให้มีส่วนร่วมได้มากน้อยเพียงใด รวมถึงเป้าหมาย ความต้องการ ความกระตือรือร้นของผู้ปฏิบัติงาน และความเชี่ยวชาญของผู้ประสานงานในองค์กร การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความเติบโตก้าวหน้า การเรียนรู้อย่างลึกซึ้งและเกิดการใช้ความคิดสร้างสรรค์

4.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีข้อดีหลายประการ ซึ่งปัจจุบันได้มีหลายองค์กรนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อให้เกิดคุณภาพงานและเกิดประสิทธิผลองค์กร จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ สมยศ นาวิการ, 2545; Robbin, 1998; Swansburg, 2002 พบว่าประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม สรุปได้ดังนี้

1) ประโยชน์ต่อองค์กร คือ องค์กรมีความเป็นอิสระและมีความยืดหยุ่นมากขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการจัดสัดส่วนและมีการใช้ทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การเรียนรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มคุณภาพงาน ลดต้นทุน ลดอัตราการลาออก และเพิ่มการคงอยู่ในงาน

2) ประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ คือ ลดความคลุมเครือในงาน เป็นผลจากการสื่อสารที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้นุคลากรมีความเข้าใจเป้าหมายขององค์กรมากขึ้น เนื่องจากบุคลากรได้ใช้ศักยภาพและทักษะอย่างเต็มที่ในการร่วมกันทำงาน มีความไว้วางใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การใช้ทรัพยากรบุคคลผสมเหตุผลขึ้น ลดชั่วโมงการทำงาน ลดขั้นตอนการบริหารงาน ปรับปรุงการสื่อสารในองค์กร มีกฎระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีม ลดความขัดแย้ง

เพิ่มแรงจูงใจและความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน สร้างแนวคิดใหม่ๆ ในการบริหารงาน การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา

3) ประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน คือ เพิ่มความพึงพอใจในการทำงานและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยเพิ่มความท้าทายในการทำงานนั้นมีความคืบหน้าอย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น มีการจัดตั้งกลุ่ม จัดการลดความเสี่ยงทางกายภาพในการทำงาน โดยออกแบบและกำหนดวิธีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานที่ป้องกันปัญหาโรคกระดูก กล้ามเนื้อและข้อจากการทำงาน และยังเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ซึ่งส่งผลให้บุคลากรพึงพอใจในงานมากขึ้น ส่งเสริมบทบาทและหน้าที่ การนิเทศงานด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา แก้ปัญหา และกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง เพิ่มความมุ่งมั่น เนื่องจากการเปลี่ยนทัศนคติเป็นเชิงบวกมากขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นเทคนิคการบริหารจัดการที่นำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานโดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมการแก้ปัญหาตัดสินใจ ค้นหาปัญหาและปรับเปลี่ยนการทำงานหรือการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานโดยร่วมกันสร้างและพัฒนาจะช่วยลดความขัดแย้งและก่อให้เกิดการยอมรับ รวมทั้งทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นให้เกิดคุณภาพงานตามเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กร ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดของ Swansburg (2002) ที่มุ่งเน้นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานโดยให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม ช่วยกันสร้างสัมพันธภาพในการทำงานเกิดความไว้วางใจกัน มีความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ในองค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อถือไว้วางใจ 2) ความมุ่งมั่น 3) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ 4) การมีอิสระในการทำงาน มาเป็นกลยุทธ์ในการสร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจในบริการและพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ทั้งนี้โดยให้พยาบาลทุกคนได้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบและจัดทำแนวทางการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดคุณภาพงานบริการอย่างแท้จริง

5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ

5.1 ความหมายความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจเป็นมาตรฐานของบริการคุณภาพ การที่จะให้ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยสนองตอบตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยนั้นในการบริการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลต้องสามารถแสดงออกให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเกิดความพึงพอใจ

Risser (1975) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการดูแลให้การพยาบาลที่เป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังที่ผู้ป่วยมีต่อการดูแลให้การพยาบาล ในอุดมคติกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลจากการพยาบาลที่ได้รับจริง

Donabedian (1988) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล เป็นการที่ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับและความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

Meterko, et al. (1990 อ้างถึงใน Flynn, 2005) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการที่ให้ผู้ป่วยจัดระดับคุณภาพบริการที่ได้รับจากทีมสุขภาพซึ่งผู้ป่วยสามารถแยกแยะถึงคุณภาพบริการที่ได้รับว่าบุคคลใดหรือบริการใดดีกว่ากัน

สรุปความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ หมายถึง ความรู้สึกชอบใจพอใจ ซึ่งมาจากผลของการบริการที่ดีมีคุณภาพ และการดูแลที่ได้มาตรฐานตรงกับที่คาดหวังไว้

2.2 การประเมินความพึงพอใจ

Risser (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยสร้างแบบวัดความพึงพอใจเพื่อนำไปวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งได้รับผลดี ต่อมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบวัดที่สามารถนำมาใช้ในการวัดความพึงพอใจต่องานบริการพยาบาลในโรงพยาบาล แบบวัดนี้ประกอบด้วย

1) ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical professional) หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเชิงเทคนิค ทักษะ ความรู้ ความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ

2) ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ (Education relationship) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมายและรายละเอียดวิธีการพยาบาล การสาธิตเทคนิคต่างๆและการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจ

3) ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ (Trusting relationship) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในบริการ เป็นการที่รวบรวมความเชื่ออาทรในแง่ของการพยาบาลที่เชื่ออำนาจให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

Eriksen (1988) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม เครื่องมือความพึงพอใจนี้ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านศิลปะการดูแล 2) ด้านเทคนิคการดูแล 3) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 4) ด้านความพร้อมในการให้บริการ 5) ด้านความต่อเนื่องในการบริการ 6) ด้านประสิทธิผลของการดูแล

Davis and bush (1995) ได้ศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพัฒนาเครื่องมือแบบวัดความพึงพอใจมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ Risser (1975) ซึ่งแบบวัดมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน 2) ด้านการดูแลด้านจิตใจ 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร 4) ด้านคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

Flynn (2005) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกหรือสถานบริการ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย The Leeds satisfaction questionnaire: LSQ (Hill et al., 1992) ร่วมกับการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านคุณภาพบริการพยาบาลเฉพาะด้าน และความสามารถ (Technical quality and competency) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลที่ให้บริการพยาบาลด้วย เทคนิค ทักษะ และความรู้

2) ด้านการอำนวยความสะดวกสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (General experience of clinic) หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในสถานบริการให้มีความปลอดภัยและสะดวกสบาย

3) ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) หมายถึง การประสานในที่มสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตั้งแต่เข้ามารับบริการจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน

4) ด้านการให้ข้อมูล (Information) หมายถึง วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่เพียงพอในการฝึกปฏิบัติตัวและร่วมตัดสินใจ เลือกหนทางการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตของตน

จากที่กล่าวมาแล้ว Flynn (2005) ได้นำแบบวัด The leeds satisfaction questionnaire: LSQ (Hill et al., 1992) มาใช้ร่วมกับแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง ทำให้ได้ แบบวัดความพึงพอใจที่มีความชัดเจนทั้งในด้านการให้บริการและการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ความสามารถของพยาบาลเฉพาะด้าน โดยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินได้จากสิ่งที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดความพึงพอใจของ Flynn (2005) ในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในการวิจัยครั้งนี้

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

เตยหอม บุญพันธ์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจไว้ดังนี้

1) อายุกับความพึงพอใจ อายุเป็นสิ่งที่กำหนดวัยของมนุษย์ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ที่น่าจะทำให้บุคคลแต่ละวัยมีความคาดหวังจากผู้อื่นหรือจากการเข้าไปขอรับบริการในโรงพยาบาลแตกต่างกันไป คืออายุที่แตกต่างกันจะมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันหรือเหมือนกัน แต่ด้วยเหตุที่อายุมากขึ้นมักจะมีเจ็บป่วยตามมา ทำให้

2) ผู้มีอายุมากจะไปโรงพยาบาลบ่อยครั้งจนกระทั่งเกิดความคุ้นเคย ซึ่งน่าจะทำให้ผู้มีอายุมากขึ้นพึงพอใจบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้มีอายุน้อย

3) เพศกับความพึงพอใจ จากการศึกษาของ Wilson, 1970; Hulka et al., 1973 (อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539) ในเรื่องเพศ พบว่าเพศหญิงพึงพอใจต่อบริการและการปรึกษาแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะเพศหญิงยอมรับความเจ็บป่วยและเสาะแสวงหาการรักษาพยาบาลในเวลาที่รวดเร็วกว่าเพศชาย ทำให้แพทย์ให้การรักษาได้ง่ายตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย

4) ระดับการศึกษา การใช้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะแปรผันไปตามระดับการศึกษา ได้มีผู้ศึกษาไว้ คือ ผู้ที่การศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจต่อความสามารถของแพทย์ และที่ท่าของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งอาจเป็นเพราะท่าทีของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาของผู้ป่วย Hulka et al. (1973) สำหรับในประเทศไทย จากการ ศึกษาของ อัมพร เจริญชัย (อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ส่วนมากมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง การที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีการศึกษาและสถานภาพทางสังคมสูงย่อมมีความคาดหวังในบริการด้านการแพทย์สูงด้วยดังเช่น เฟรนช์ French, 1974 (อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการศึกษา และสถานภาพการสมรสทางสังคมสูงก็ย่อมมีความคาดหวังในบริการทางการแพทย์สูงด้วย ดังนั้นผู้มีการศึกษาน้อยส่วนมากมีความคาดหวังในการบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมได้รู้เห็นอะไรมากกว่าความคาดหวังจึงอยู่ในระดับสูงกว่าเมื่อความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองเต็มที่ จึงอาจเกิดความไม่พึงพอใจได้ง่าย ซึ่งในวัฒนธรรมไทยมักมีความเกรงใจ

นอกจากนี้การศึกษาของ Phillips et al., 2002 (อ้างถึงใน Flynn, 2005) พบว่าอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกี่ยวกับทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาลเวชปฏิบัติได้ เขาอธิบายหลักการมีอยู่ว่า ทัศนคติมาจากประสบการณ์เดิมในชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในยุคที่ "แพทย์คือผู้รู้ดีที่สุด" (Doctor know best) และเป็นยุคของการรักษาโรค (Medical care) ที่ต้องทำโดยแพทย์เท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุไม่มากนักจะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาลเวชปฏิบัติดีกว่า

สรุปได้ว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาล เมื่อบุคลากรให้การดูแลที่ดีมีคุณภาพ โดยสนองตอบต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ เกิดความพึงพอใจ ดังนั้นในการประเมินคุณภาพการ

พยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Flynn (2005) ในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต่อบริการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านคุณภาพบริการพยาบาลเฉพาะด้าน ด้านการอำนวยความสะดวกสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และด้านการให้ข้อมูล

6. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

การบริหารจัดการในองค์การ ทรัพยากรบุคคลเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การ ปัจจัยสำคัญคือ ผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ซึ่งมาจากความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน แรงจูงใจที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน และสภาพแวดล้อมการทำงาน

1.1 ความหมายความพึงพอใจในงาน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2543) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ และเหมาะ ส่วนพจนานุกรมทางจิตวิทยา ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า คือ สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใดๆก็ได้ หรือคือ สภาวะสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึก (จันทรา จินดา, 2546)

จรีวัฒน์ คงทอง (2539) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาลเป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มิต้องงาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่า คนชอบและให้คุณค่าต่องานของตนเองสูงขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

Spector (1997 อ้างถึงใน สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติที่มีต่องาน ซึ่งสามารถประเมินออกมาได้ว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตนมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

George and Jones (2005) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงาน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งและเป็นทัศนคติการทำงานที่ดีในพฤติกรรมมองค์การ ความพึงพอใจในการทำงานมี

ความเป็นไปได้ที่จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมองค์การและส่งเสริมระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในองค์การ

สรุปว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกและการมีทัศนคติที่ดีในการทำงานที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เป็นทักษะเชิงบวกในการแสดงออกทางพฤติกรรมของพยาบาลที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

2.2 แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงานของบุคคล เกิดจากแรงจูงใจที่เป็นแรงขับหรือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ซึ่งมีผลกระตุ้นพฤติกรรม และการกระทำของบุคคลไปในทางที่เป็นผลดีหรือเป็นประโยชน์ คือทำให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ปรารถนา สำหรับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจนั้น นักวิชาการได้กล่าวถึงทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ไว้หลายทฤษฎีผู้วิจัยจะขอกกล่าวถึงทฤษฎีจูงใจ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2550)

1. ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้น (Hierarchy of need theory) ของมาสโลว์ เป็นทฤษฎีที่เชื่อในหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ คือ 1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physical need) หมายถึงความต้องการปัจจัยสี่ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน(Basic need) 2) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety and security need) ได้แก่ ความต้องการเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น ได้รับสวัสดิการ ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคงในงาน และปราศจากการข่มขู่ 3) ความต้องการสังคม (Social need) ได้แก่ความต้องการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีเพื่อนสนิท ได้สังสรรค์กับสังคมและได้รับการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีครอบครัวที่อบอุ่น 4) ความต้องการมีคุณค่า (Esteem need) ได้แก่ ได้รับคำยกย่อง คำชมเชย และรางวัลที่มีชื่อเสียง รวมทั้งได้รับอิสระในการทำงาน 5) ความต้องการความสำเร็จ (Self actualization need) ได้แก่ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ได้รับงานที่ท้าทายความสามารถและได้รับโอกาสให้ทำงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ

2. ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two - factor theory) ของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg) เป็นทฤษฎีแรงจูงใจซึ่งพัฒนาโดย Frederick Herzberg (1959) พัฒนามาจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานที่ทำได้และความไม่พึงพอใจในงานที่ทำได้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แยกจากกัน 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivating factor) ได้แก่ความสำเร็จ (Achievement) การได้รับความนับถือและยกย่องชมเชย (Recognition) ลักษณะงาน (Work itself) การได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ (Responsibility) และ ความก้าวหน้าในงาน (Avancement) สิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจเกี่ยวกับลักษณะงาน เนื้อหาของงานเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) ซึ่งประกอบด้วย นโยบายขององค์การ (Company policy) วิธีการนิเทศ (Supervision) เงินเดือนและสวัสดิการ (Salary and benefit)

สภาพแวดล้อมของงาน (Working condition) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) Herzberg ได้กล่าวว่าการตอบสนองปัจจัยนามัยจะช่วยให้บุคคลอยู่ในงาน แต่การมอบหมายงานที่ท้าทายและผู้ปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จในงานนั้น จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ

3. ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด (McClelland's The needs theory) ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่พัฒนาโดย Daid C. McClelland จากการวิจัยของ McClelland โดยได้พัฒนาแบบวัดความต้องการของมนุษย์ ซึ่งเรียกว่า (Thematic apperception test =TAT) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ McClelland พบว่าความต้องการของมนุษย์จำแนกเป็น 3 ด้านหลักๆ คือ 1) ความต้องการความสำเร็จ (Achievement needs) หมายถึงความต้องการทำงานที่ท้าทายความสามารถให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย รวมทั้งได้ผลงานที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่เป็นเลิศ 2) ความต้องการด้านสังคม (Affiliate needs) หมายถึงความต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม มีเพื่อนสนิทที่มีความจริงใจต่อกัน ได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจากบุคคลในวิชาชีพ รวมทั้งบุคคลในสังคม 3) ความต้องการอำนาจ (Power needs) หมายถึงความต้องการมีอิทธิพลในการควบคุมบุคคลอื่นๆ ความต้องการอำนาจในสถาบันหรือในองค์กร (Institutional power)

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน

สิ่งที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรมีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในงานที่ทำขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบความต้องการต่างๆ ที่อยู่ภายในบุคคลซึ่ง Harrell, 1972 (อ้างถึงใน จุริวัฒน์ คงทอง, 2539) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานไว้ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน
 - 1) ประสบการณ์ในการทำงาน สำหรับบุคคลที่ทำงานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ
 - 2) เพศ มักพบว่า คนงานหญิงจะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานชาย
 - 3) อายุ อายุจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ริเริ่มงานใหม่ๆ ความพึงพอใจจะมีระดับสูง และจะค่อยๆลดลงจนกระทั่งเข้าสู่วัยอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อยๆเพิ่มขึ้น
 - 4) เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากกว่างานที่ต้องทำในเวลาที่ไม่บุคคลอื่นไม่ต้องทำงาน เพราะเกี่ยวกับการพักผ่อน และการสังสรรค์กับผู้อื่นด้วย

5) เซอร์วิญญา พนักงานในโรงงานที่มีเซอร์วิญญาในระดับสูง แต่งงานที่ทำเป็นประจำพบว่ามักจะเบื่องานได้ง่ายและมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงานในโรงงาน เพราะเป็นงานที่ไม่ท้าทายและไม่เหมาะสมกับความสามารถของเธอ

6) ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสถานภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนมากนักที่จะไปทำงานเพิ่มนอกเวลาทำงาน เงินเดือนยังเกี่ยวข้องกับการสามารถหาปัจจัยอื่นที่สำคัญแก่การดำรงชีพอีกด้วย ผู้มีเงินเดือนสูงจึงมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

7) แรงจูงใจในการทำงานเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเองจะสร้างความพึงพอใจในงาน

2. ปัจจัยด้านงาน ประกอบด้วย

1) ลักษณะงาน ได้แก่ ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงานและวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างงานที่ทำอยู่เป็นงานที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2) ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างาน และพนักงานมีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่ พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

3) ความห่างไกลระหว่างบ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกลจากที่ทำงาน การเดินทางไม่สะดวกต้องตื่นแต่เช้า รถติดและเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4) โครงสร้างของงาน ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

3. ปัจจัยด้านการจัดการ

1) ความมั่นคงในงาน จากการสำรวจพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ต้องการงานที่มีความมั่นคง และต้องการที่จะอยู่ทำงานจนเกษียณอายุ แม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตามความมั่นคงในการทำงาน ถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในวันที่พ้นจากการทำงานไปแล้ว

2) โอกาสก้าวหน้า โอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือและความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญแต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

3) การนิเทศงาน การนิเทศ คือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้นความรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์การ ด้วยการสร้างความเข้าใจที่ระหว่างผู้นิเทศงานและพนักงาน จะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

4) การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา พนักงานมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะต้องปรับปรุงงานของตนอย่างไร ฉะนั้นข่าวสารต่างๆจากบริษัทหรือหน่วยงานจึงมีความหมายและความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน

5) ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถและความตั้งใจที่ผู้บริหารมีต่อหน่วยงาน ทำให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจของหน่วยงานด้วย

George and Jones (2005) ได้กล่าวว่า ในการปฏิบัติงาน สิ่งที่ทำให้พนักงานมีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับการทำงาน มีปัจจัย 4 ประการ ที่มีผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจในการทำงาน คือ บุคลิกภาพ ค่านิยม สถานการณ์ของการทำงาน และอิทธิพลทางสังคม

1. บุคลิกภาพ เป็นคุณลักษณะของบุคคล คือ การที่บุคคลมีความรู้สึก มีความคิด และมีพฤติกรรมเป็นตัวกำหนด สิ่งที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับงานหรือความพึงพอใจในการทำงาน มาจากบุคลิกภาพของแต่ละคนที่จะมีอิทธิพลต่อขอบเขตของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่อาจเป็นบวกหรือลบ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมร้อยละ 30 มีความแตกต่างกันในระดับความพึงพอใจ และร้อยละ 70 เป็นความแปรปรวนของความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งผู้บริหารมีอิทธิพลต่องาน ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสนใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงาน เพราะว่าเป็นสิ่งที่อยู่ภายในอำนาจที่จะมีอิทธิพลโน้มน้าวและเปลี่ยนแปลงได้

2. ค่านิยม เป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ค่านิยมมีผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจในการทำงานเพราะเป็นสิ่งที่สะท้อนความเชื่อมั่นของพนักงานเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานและวิธีการที่บุคลากรจะปฏิบัติงาน คือบุคคลที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าของงาน เช่น บุคคลที่พึงพอใจกับงานที่น่าสนใจและเป็นงานที่ทำหายย่อมคงอยู่ในงานมากกว่าคนที่ให้ความสำคัญน้อย ถึงแม้ค่าตอบแทนจะไม่มาก

3. สถานการณ์ในการทำงาน เป็นสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคคลที่ทำงาน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะของงานที่ทำ ว่ามีความน่าสนใจ

วิธีการหรือนโยบายขององค์การในการปฏิบัติงาน เช่น ผลตอบแทนที่ได้รับ และความยืดหยุ่นขององค์การเช่น ชั่วโมงการทำงาน

4. อิทธิพลทางสังคม เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล ต่อผู้ที่ทำงานร่วมกัน กลุ่มหรือบุคคลที่เป็นสมาชิกและอาศัยเติบโตอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันจะมีผลต่อระดับความพึงพอใจของพนักงานเพราะว่าผู้ที่ทำงานร่วมกันมักจะทำงานในประเภทเดียวกันหรือเหมือนกัน

4.4 องค์ประกอบของความพึงพอใจ

Spector (1997 อ้างถึงใน สุวพีร์ จันทรเชษฐา, 2547) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบความพึงพอใจในงานโดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ซึ่งมีองค์ประกอบ 9 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน ที่มีความน่าสนใจและท้าทาย 2) ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน ได้แก่การเลื่อนตำแหน่ง 3) ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชาที่มีผลต่อการทำงานเกี่ยวกับการมอบหมายงานในบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบและระบบของงาน 4) ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน เช่น ความภาคภูมิใจในงานที่ทำเมื่อประสบความสำเร็จ 5) ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน ได้แก่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 6) ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร ในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารในการทำงาน 7) ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน ที่เป็นรายได้ประจำหรือรายได้พิเศษ 8) ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ เช่น สวัสดิการหรือบำเหน็จรางวัล 9) ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงานที่เป็นที่ยอมรับและมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

George and Jones (2005) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของความพึงพอใจ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วยปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) และปัจจัยจูงใจ (Motivating factor) มาสนับสนุนไว้ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสามารถของการใช้ทรัพยากร หมายถึง การที่พนักงานมีขอบเขตอำนาจในการได้รับอนุญาตที่จะกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใด
2. ความพึงพอใจต่อความสำเร็จของงาน หมายถึง การที่พนักงานปฏิบัติงานได้จนบรรลุผลสำเร็จ
3. ความพึงพอใจต่อกิจกรรม หมายถึง การที่พนักงานยังสามารถปฏิบัติงานได้ถึงแม้จะมีความยุ่งยากในงาน
4. ความพึงพอใจต่อความก้าวหน้า หมายถึง การที่พนักงานได้รับโอกาสถึงความก้าวหน้าในงาน การได้เลื่อนตำแหน่ง
5. ความพึงพอใจต่อการมีอำนาจในหน้าที่ หมายถึง การที่พนักงานมีความสามารถในการควบคุมผู้อื่นในการปฏิบัติงานหรือการมีอำนาจเหนือผู้อื่นในขอบเขตหน้าที่

6. ความพึงพอใจต่อนโยบายของหน่วยงานและการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งที่ทำให้พนักงานพอใจในการรับรู้ถึงข้อกำหนดขององค์กรและแนวทางการปฏิบัติงาน
7. ความพึงพอใจต่อการตอบแทน หมายถึง สิ่งที่พนักงานได้รับผลตอบแทนจากการทำงาน
8. ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน หมายถึง การที่พนักงานสามารถทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานคนอื่นในสถานที่ทำงานได้
9. ความพึงพอใจต่อความคิดสร้างสรรค์ หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างอิสระต่อการทำงาน และมีความคิดใหม่ๆ
10. ความพึงพอใจต่อความมีอิสระ หมายถึง พนักงานสามารถทำงานได้โดยลำพังโดยไม่ต้องมีการควบคุม
11. ความพึงพอใจต่อคุณค่าทางด้านจิตใจ หมายถึง การที่พนักงานไม่กระทำในสิ่งที่ต่อต้านกับผู้อื่น
12. ความพึงพอใจต่อการยอมรับ หมายถึง การที่พนักงานได้รับคำชมเชยกย่องว่า ได้ทำสิ่งที่ดี
13. ความพึงพอใจต่อความรับผิดชอบ หมายถึง การที่พนักงานได้รับผิดชอบต่องานที่ทำโดยการตัดสินใจที่จะทำ
14. ความพึงพอใจต่อความปลอดภัย หมายถึง การที่พนักงานมีความรู้สึกว่าจะปลอดภัยในการทำงานหรือรู้สึกว่าจะงานที่ทำอยู่นั้นมั่นคง
15. ความพึงพอใจต่อบริการทางสังคม หมายถึง พนักงานสามารถทำสิ่งต่างๆเพื่อผู้อื่น
16. ความพึงพอใจต่อสถานะทางสังคม หมายถึง การที่พนักงานได้รับการยอมรับในสังคมอย่างกว้างขวางว่าสามารถทำงานได้ดี
17. ความพึงพอใจต่อการนิเทศผู้บริหาร หมายถึง การที่พนักงานได้พอใจกับทักษะของผู้บริหารในด้านการมีสัมพันธภาพ
18. ความพึงพอใจต่อการดูแลทางเทคนิค หมายถึง การที่พนักงานได้รับทักษะเกี่ยวกับด้านเทคนิคการทำงานของผู้บริหาร
19. ความพึงพอใจต่อความหลากหลาย หมายถึง การที่พนักงานสามารถทำงานในสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม
20. ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน หมายถึง การที่พนักงานพอใจกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชั่วโมงในการทำงาน

5.5 ความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

จากการศึกษาถึงทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เลือกแนวความคิดความพึงพอใจในงานของ George and Jones (2005) เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานหลังการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เนื่องจากแนวความคิดความพึงพอใจในงานของ George and Jones (2005) ได้นำแนวคิด ทฤษฎีของ Herzberg มาสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ George and Jones ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกดังนี้ 1) ความพึงพอใจต่อนโยบายของหน่วยงานและการปฏิบัติ 2) ความพึงพอใจต่อความมีอิสระ 3) ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน 4) ความพึงพอใจต่อการยอมรับ 5) ความพึงพอใจต่อความรับผิดชอบ 6) ความพึงพอใจต่อความสำเร็จของงาน ส่วนองค์ประกอบความพึงพอใจด้านอื่น ไม่ได้นำมาพิจารณา ซึ่งเนื้อหารายละเอียดขององค์ประกอบที่จะศึกษา มีดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อนโยบายของหน่วยงานและการปฏิบัติ หมายถึงความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่ได้รับนโยบายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยร่วมกันสร้างและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และพึงพอใจกับแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นไว้อย่างชัดเจนและสะดวกต่อการนำไปใช้

2. ความพึงพอใจต่อความมีอิสระ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ให้อิสระในการคิดเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก รวมถึงมีอิสระในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการพยาบาลโดยการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3. ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้ร่วมกับทีมพยาบาลในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยการช่วยเหลือกันในการทำงานและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4. ความพึงพอใจต่อการยอมรับ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการยอมรับจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลที่ร่วมสร้างและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด

5. ความพึงพอใจต่อความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยให้แบ่งงานกันทำในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และรู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจ

การสนับสนุน ส่งเสริม จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งอำนวยความสะดวกและเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนางานอย่างเสมอภาค

6. ความพึงพอใจต่อความสำเร็จของงาน หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่ได้ร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานที่ทำทลายความสามารถตามบทบาทของตนเองและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุศรา วิจิตรแก้ว (2534) ได้ทำการศึกษาถึงทดลองการปฏิบัติตนและความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุจุดหมายของคิงผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการปฏิสัมพันธ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กนกพร คุปตานนท์ (2539) ได้ทำการศึกษาถึงทดลองผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล โดยการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล ลักษณะโครงสร้างการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพ ประชากร คือ บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 37 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติงานหลังการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในลักษณะโครงสร้างการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐนุกูล ผกาภรณ์รัตน์ (2542) ได้ทำการศึกษาถึงทดลองผลของการใช้ข้อเสนอมาตรฐานพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดาและความพึงพอใจในงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า ความพึงพอใจใน

บริการพยาบาลของมารดาหลังการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาล แต่ความพึงพอใจในงานของบุคลากรก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

จันทรา จินดา (2546) ได้ทำการศึกษาถึงทดลองผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ได้ทำการศึกษาถึงทดลองผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยด้านการดูแลเอาใจใส่ การติดต่อสื่อสาร การช่วยเหลือ การสอน การให้คำปรึกษา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์จำนวน 22 คนในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

Best and Thurston (2004) ศึกษาโดยการสำรวจระดับความพึงพอใจและความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และชีวิตการทำงานของโรงพยาบาล 4 แห่งในแคนาดา กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากพยาบาลที่มีลักษณะการจ้างงานต่างกัน โดยใช้ดัชนีชี้วัดความพึงพอใจ (IWS) วัดความคาดหวังของพยาบาลและความพึงพอใจในงาน 6 องค์ประกอบใช้มาตรวัด 7 ระดับ (ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง - พึงพอใจอย่างยิ่ง) ได้แก่ ค่าตอบแทน ความมีเอกสิทธิ์ ความต้องการงาน นโยบายองค์กร สถานะทางวิชาชีพและการมีปฏิสัมพันธ์ พบว่า ความคาดหวังด้านการมีเอกสิทธิ์ ความพึงพอใจด้านความเป็นวิชาชีพมีค่าสูงที่สุด และความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับนโยบายองค์กรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Schreyer (2004) ทำการวิจัยเชิงทดลองโดยการปรับรูปแบบการบริหารในโรงพยาบาล Tulan ในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุกรรม-ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยมีการปรับระบบงาน คือ กำหนดนโยบาย ผลลัพธ์และตัวชี้วัดทางคลินิกที่ชัดเจน มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม สร้างพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ปรับปรุงประสิทธิภาพงาน ปรับปรุงการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนานุเคราะห์เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกและการ

บริหารจัดการองค์การให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ,ความพึงพอใจของบุคลากร, Productivity, อัตราการย้าย/ลาออก ก่อนการปรับระบบและ 1 ปี หลังการปรับระบบ พบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิكد้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการด้านความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น Productivity สูงขึ้น อัตราการโอนย้าย/ลาออกลดลง

DiMeglio et al. (2005) ทำการศึกษาผลการสร้างทีม ต่อการรวมกลุ่ม ความพึงพอใจของพยาบาล และอัตราการลาออก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับรางวัลโรงพยาบาลยอดเยี่ยมในสหรัฐ ใช้รูปแบบการสร้างทีมด้วยการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกลุ่มโดยใช้เวลานับๆของการผลิตเปลี่ยนเวร แบ่งเป็น 3 ระยะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้จัดการพยาบาล และวัดระดับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ความสุขในการทำงาน ระดับการรวมกลุ่มพบว่าเพิ่มขึ้นและอัตราการลาออกลดลง

Flynn (2005) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ทุกรายที่มาตรวจติดตามการรักษา (follow up) ที่คลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 24 เดือน โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านลักษณะทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านระยะเวลารอคอย ด้านคุณภาพบริการพยาบาลและความสามารถ ด้านการให้ข้อมูล จากการใช้แบบสอบถาม Leeds satisfaction questionnaire และ Semi structured interviews พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลและความเชี่ยวชาญของพยาบาลเวชปฏิบัติโดยคะแนนด้านคุณภาพการดูแล ความสามารถ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูล และการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยในระดับสูง ลักษณะทางกายภาพในด้านเวลารอคอยจำนวนผู้รอรับบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกมีคะแนนพึงพอใจในระดับต่ำ

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการสร้างและพัฒนาขึ้น จากการร่วมพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Swansburg (2002) และร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดบทบาทพยาบาลศัลยกรรมกระดูกของแซนดี้ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เรื่อง การพัฒนาบริการพยาบาล: การจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกร่วมกันสร้างและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลตามแนวคิดของแซนดี้

ขั้นตอนที่ 3 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ และสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เรื่อง "การดูแลตนเองเมื่อกระดูกหัก" ขั้นตอนที่ 4 พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกที่พร้อมกันจัดทำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูก ขั้นตอนที่ 5 พยาบาลวิชาชีพประชุมพร้อมกันปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกหลังการทดลองใช้ ขั้นตอนที่ 6 พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ ไปปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ คือ 1) การประสานบริการ 2) การส่งเสริมความสุขสบาย 3) การเป็นหุ้นส่วน/ผู้ชี้แนะ 4) การจัดการความ เสี่ยง 5) การเป็นผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ และ ขั้นตอนที่ 7 ประเมินการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ ซึ่ง ผลของการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ ผู้วิจัยประเมินได้ จากความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของ Flynn (2005) ได้แก่ 1) พึงพอใจ คุณภาพพยาบาลเฉพาะด้าน 2) พึงพอใจความสะอาดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 3) พึงพอใจในการ ดูแลต่อเนื่อง 4) พึงพอใจการได้รับข้อมูล ส่วนผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกตามแนวคิดของแซนดี้ ผู้วิจัยประเมินได้จากความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของ George and Jones (2005) ได้แก่ 1) พึงพอใจด้านนโยบาย และการปฏิบัติ 2) พึงพอใจด้านความเป็นอิสระ 3) พึงพอใจด้านผู้ร่วมงาน 4) พึงพอใจด้านการ ยอมรับ 5) พึงพอใจด้านความรับผิดชอบ 6) พึงพอใจด้านความสำเร็จ กรอบแนวคิดในการ ศึกษาวิจัยได้แสดงไว้ ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4: กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

